南江县妇幼保健院

比选报名表

|  |
| --- |
| 报名时间： 年 月 日 |
| 供应商名称： |
| 授权代表姓名及联系方式： |
| 项目名称：**特医食品专柜项目** |
| 备注： |
| **以上内容由投标单位填写** |
| **资质证明文件审核情况：**  经审核，该供应商提供的资质证明文件符合本次比选相关要求，同意其报名。  审核人签名： 年 月 日 |

**附以下文件均盖鲜章扫描版（发送至3684892@qq.com）：**

**营业执照**

**食品经营许可证**

**2020年年报**

**开户行许可证**